

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N° **300**

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alexandre de MIROSCHEJ

Né le 4 Septembre 1896, à Odessa (Russie)

LA CYSTOSTOMIE CONTINENTE

Président de Thèse : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alexandre de MIROSCHEJ

Né le 4 Septembre 1896, à Odessa (Russie)

LA CYSTOSTOMIE CONTINENTE

Président de Thèse : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBOUTLET.
	NOBECOURT.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
	GOUGEROT.
Hygiène et clinique de la première enfance	GUILLAIN.
Clinique des maladies des enfants	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOSSET
Clinique des maladies du système nerveux	GREGOIRE
Clinique des maladies infectieuses	LENCRMANT.
	VELTER.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements	OMBREDANNE.
	HARVIER.
Clinique gynécologique	LEMAITRE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryncologique	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	CLOVIS VINCENT.
Clinique cardiologique	N...
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale	HAZARD.
	MULON.
	CHIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREGZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS
 Pathologie médicale..... DE GENNES.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentaleLEMAIRE.
 Pathologie médicale LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale PATEL.
 Pathologie chirurgicale PETIT-DUTAILLIS
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCC.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		FEY.	
CHEVALIER.		GATELLIER.	
DONZELOT.		de GAUDART	
DUVOIR.		d'AULAINES	
GASTINEL.		LEVEUF.	
LAROCHE G.		MOULONGUET	
LIAN.		MOURE.	
MOREAU.		QUENU.	
SEZARY.			

MM.	
ECALLÉ	} Clinique obstétricale
METZGER.	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous fait l'honneur de pré-
sider cette thèse, voudra bien trouver
ici l'hommage de notre respectueuse
gratitude.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LOUIS MICHON

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé dans son élaboration
avec sollicitude.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de notre vive reconnaissance.*

“LA CYSTOSTOMIE CONTINENTE”

appliquée à la

RÉTENTION INCOMPLÈTE CHRONIQUE

avec DISTENSION et URINES CLAIRES

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail la :

« CYSTOSTOMIE CONTINENTE »,

comme thérapeutique de la :

« *Rétention incomplète chronique*

avec distension et urines claires, »

telle qu'elle a été préconisée par : Ed. MICHON et L. MICHON, dans leur « PRATIQUE UROLOGIQUE CHIRURGICALE » (Editeurs G. Doin, 1931) et telle qu'elle est toujours pratiquée dans le service de notre maître L. MICHON à l'Hôpital St Louis de Paris.

Il importe, tout d'abord, de s'entendre clairement sur les termes. En effet les statistiques appliquées à la « Rétention incomplète chronique avec distension et urines claires », sont faussées par le fait que certains auteurs élargissent à l'excès la définition même de la variété de rétention que nous avons en vue.

Nous rappellerons donc, en premier lieu, les définitions devenues classiques de F. GUYON que l'on

trouve dans ses « Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires » :

« — On appelle rétentionniste incomplet un sujet qui peut uriner, mais ne peut vider complètement sa vessie ».

Il existe diverses formes cliniques de « rétention incomplète » :

— elles peuvent être aiguës ou chroniques et toutes deux avec ou sans distension.

Les « rétentions chroniques avec distension », les seules qui nous intéressent, peuvent être soit avec « urines troubles » ou septiques, soit avec « urines claires » ou aseptiques.

Notre travail s'adresse exclusivement à cette deuxième variété de rétention chronique incomplète avec distension et « urines claires » ou aseptiques et nous dirons avec F. GUYON que :

« — La rétention chronique incomplète avec distension et urines claires doit être soigneusement distinguée de tout autre ».

Ceci posé, nous éliminerons, comme nulles et non avenues les observations concernant des « rétentionnistes incomplets » secondairement devenus des « rétentionnistes complets ». Il est bien évident que, de ce fait, ces malades cessent d'appartenir à la catégorie qui nous intéresse.

INTRODUCTION

Pendant les trois années passées en Urologie, dans les Hôpitaux de Paris, nous avons appris, avant d'être accueilli dans le service de notre maître L. MICHON, à tenir une conduite extrêmement stricte, en présence d'un « rétentionniste chronique incomplet avec distension et urines claires ».

Toutes explorations instrumentales, tous sondages, étaient formellement proscrits. Ils mettent en effet en danger la vie du malade par l'infection ou l'hémorragie qu'ils provoquent.

Une fois le diagnostic posé par le palper hypogastrique et le toucher rectal, une seule conduite à tenir : « la sonde à demeure à débit ralenti ».

Cette conduite est devenue classique depuis la vulgarisation clinique de la sonde à débit ralenti sous l'influence de l'enseignement du Pr. MARION.

Les résultats en sont généralement très satisfaisants. Le pronostic si sombre pour ces malades dans le passé se trouve largement amélioré. Mais les dangers de l'infection subsistent et sont plus que jamais à redouter, étant généralement fatals pour ces malades.

Une particularité nous frappe, — c'est l'évidente contradiction qui existe entre l'interdiction de la sonde et son indication pour le traitement de malades dont l'équilibre est si instable.

Cette contradiction a suscité notre travail et n'en sera plus une, lorsque seront posées correctement les indications de la « sonde à débit ralenti », qui ne prétendrait plus dès lors s'adresser à « tous » les rétentionnistes distendus quel que soit le degré de l'insuffisance rénal et la gravité de leur état général.

Nous affirmerons avec M. Pasteau, (séance du 17 février 1941 de la Sté Française d'Urologie) que :

« — quoi qu'on en ait écrit, toute sonde à demeure amène de l'infection de l'urètre ».

Par contre l'affirmation du Professeur MARION (exprimée au cours de la même séance) que :

« — au moment où s'établit le débit d'urine, il doit se produire un courant continu d'urine des reins vers la vessie, courant qui empêche les germes de remonter dans les uretères dilatés, de sorte qu'est évitée l'infection ascendante »,

nous paraît surtout valable en cas de petites et moyennes distensions.

En effet chez les grands distendus le déblocage de la vessie ne pouvant être effectué que très lentement, goutte à goutte, surtout dans les premières heures,

l'effet stérilisant du courant urinaire n'est pas aussi certain que l'on a pu le croire. Il est donc impossible de mésestimer les dangers de l'infection chez ces grands distendus et vouloir les ignorer. Bien au contraire il est de toute nécessité de tenir largement compte de l'extrême fragilité de ces malades.

Il suffit de se rappeler ce que nous apprend F. GUYON sur la grande rapidité d'envahissement ascendante par les micro-organismes de l'arbre urinaire, pour admettre l'importance du danger de la « sonde à demeure », chez ces grands distendus, dans les premières heures de sa mise en place.

Ainsi donc le danger d'infection s'accroît avec le degré de la distension. C'est dire la nécessité d'une thérapeutique appropriée à la fragilité du malade.

Seul le passage par la « voie haute », — sus-pubienne, — pouvait résoudre pleinement cette question. Mais la « cystostomie » pratiquée suivant la technique habituelle risquant gravement de provoquer l'hémorragie « a vacuo », ne pouvait qu'être rejetée.

Appliquant la pratique d'Ed. Michon, L. MICHON réalise toujours chez les grands distendus et même chez les moyens distendus une « *Cystostomie, dite Continente* ».

Cette technique réunit d'une façon particulièrement heureuse les avantages du déblocage lent (absence d'hémorragie « a vacuo ») à ceux de la cystostomie (absence d'infection).

La réunion de tels avantages ne peut être qu'en

faveur de cette technique. Si en présence d'un « petit distendu » ou d'un distendu à faible azotémie la « sonde à demeure » paraît être indiquée, si dans les cas de distendus à « moyennes azotémie » il est permis encore, sous réserve d'un état général satisfaisant chez le malade, de discuter sur l'opportunité d'une technique à laquelle on porte sa préférence, — dans les cas graves, avec forte distension, azotémie importante, état général précaire, toutes considérations de doctrines, de tendances, de préférences personnelles, doivent s'effacer. L'intervention qui réunit le plus de chance pour la vie du malade doit être choisie, — c'est indiscutablement la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE ». Dans les cas désespérés elle sera le procédé « héroïque » par excellence.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La vie cellulaire des différents tissus de l'arbre urinaire entier est profondément atteinte chez les « ré-
tentionnistes chroniques incomplets avec distension ». C'est à la présence constante d'urine sous pression et à la distension consécutive que sont dus les ravages histologiques de l'appareil urinaire.

VESSIE.

Macroscopiquement :

La simple congestion du début (arborisation vasculaires) est suivie à bref délai par l'apparition des taches ecchymotiques. La muqueuse prend une coloration rouge sombre avec des plaques noirâtres.

A un stade plus avancé, la muqueuse de la vessie perd son revêtement isolant qui desquame par larges plaques. Dès lors l'absorption devient possible, — « cette notion est capitale dans l'étude de l'infection urinaire ». (Guyon).

La réalité de cette absorption a été démontrée par les expériences d'infection expérimentale de la vessie faites par F. Guyon. Celles-ci ont mis en évidence la présence des micro-organismes dans le sang du cœur de 3 à 4 heures après leur injection dans la vessie.

La période de l'opposition active de la vessie à la tension est marquée par une hypertrophie des muscles vésicaux. La tension toujours grandissante ayant forcé la musculature vésicale, celle-ci s'atrophie en partie. Son amincissement peut être tel que le tissu musculaire ne représentera plus qu'un tiers de celui d'une vessie saine.

Sous l'effet de cette tension continue les faisceaux musculaires sont dissociés et écartés. La muqueuse vésicale est refoulée dans les intervalles de ces faisceaux. Ainsi est formée la « vessie à colonnes ».

Microscopiquement :

L'épithélium pavimenteux qui forme le revêtement vésical desquame par larges plaques. Les cellules s'aplatissent.

La congestion, puis l'amincissement des parois vasculaires provoquent un épanchement du sang à travers le tissu musculaire dans la vessie.

C'est la desquamation épithéliale et l'extravasation sanguine qui sont les deux phénomènes les plus importants.

La desquamation du revêtement épithélial imperméable permet désormais l'absorption.

L'extravasation sanguine est à l'origine des hémorragies « a vacuo ».

Quant à l'urine vésicale, elle contient des globules rouges, des cellules épithéliales et parfois des cylindres épithéliaux et hématiques.

URETÈRES.

Leur distension est secondaire à celle de la vessie donc plus tardive.

Les mêmes phénomènes de congestion et de desquamation se retrouvent ici.

L'examen de l'urine montre la présence des mêmes éléments histologiques que dans la vessie.

D'après Guyon l'urine dans les uretères serait plus forte en couleur et plus concentrée.

BASSINETS.

La congestion et la dilatation de ces organes suivent dans le temps ceux des uretères et présentent les mêmes particularités.

REINS.

« Lorsque l'on sait le trouble apporté aux fonctions éliminatrices du rein par la tension exercée pendant quelques heures sur sa surface interne il est facile de comprendre à quel point cet organe peut être compromis par le fait d'une mise en tension prolongée ».
(Guyon).

C'est encore la congestion qui est le phénomène do-

minant. F. Guyon signale une augmentation de volume des reins de $1/8$ à $1/6$.

Microscopiquement :

On constatera une dilatation des glomerules, des tubes excréteurs et sécréteurs. Leur épithélium desquamé, s'aplatit, les cellules deviennent granuleuses.

La dilatation de tout l'arbre urinaire sous l'effet de la pression intra-vésicale retentit sur le parenchyme rénal et entraîne rapidement une atrophie rénale par « néphrite scléreuse ».

La congestion se caractérise par des hémorragies paranchymateuses.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous résumerons brièvement le mécanisme pathogénique de la « Rétention incomplète chronique avec distension et urines claires » :

Sous l'influence d'un obstacle mécanique, prostatique le plus souvent, la vessie se vide mal. Le malade urine mais ne vide plus qu'incomplètement sa vessie. Un résidu se forme et deviendra de plus en plus important.

La vessie est donc d'une façon permanente remplie

partiellement. Une faible quantité d'urine suffira désormais pour créer le besoin d'uriner. Il en résulte une mise en tension à intervalles de plus en plus rapprochés de l'organe, — partant de la « pollakiurie ».

Au début la vessie se défend bien. Mais petit à petit sa musculature se fatigue sous l'effet de cette tension continuelle, se laisse distendre et finalement est forcée. « L'asystolie vésicale » est créée. Dès lors la distension est amorcée, rien ne pourra l'arrêter. Elle progressera inéluctablement et insidieusement.

La vessie distendue dépassera le pubis de deux, trois travers de doigts pour atteindre l'ombilic et même le dépasser. Sa capacité peut s'accroître jusqu'à deux litres et même bien davantage. (4 litres).

Sous l'effet de la distension, la contractilité propre de la vessie faiblit. Le rôle adjuvant des muscles abdominaux devient nécessaire pour expulser l'urine de ce réservoir devenu en partie atone. L'effort deviendra de jour en jour plus important et sera la cause de certaines hernies si souvent observées chez ces malades.

La sensibilité vésicale s'émousse parallèlement à la distension grandissante. Le besoin d'uriner perd son caractère normal d'appel impérieux ; le besoin n'est plus directement proportionnel à la tension comme dans une vessie saine.

Finalement cette vessie toujours pleine, toujours sous tension, cet énorme globe tendu voit sa musculature s'amincir, s'atrophier. Devenue complètement

atone, la vessie ne se contracte plus, n'a plus aucune réaction. L'urine sous tension ne pouvant être expulsée spontanément force elle-même le passage et s'écoule au dehors. Ce sont les mictions par « regorgement », dites encore « fausses incontinenances » et qui sont le terme ultime de cette déchéance vésicale.

La tension provoque la desquamation épithéliale par larges plaques. La vessie augmentant de volume comprime entre le pubis et les parois pelviennes les veines péri-vésicales ; ce qui entraîne un obstacle à la circulation de retour, et une congestion intense.

Le réseau des capillaires est gorgé de sang et par suite de la desquamation leur parois sont amincies et fragiles. Il est facile de comprendre qu'une brusque décompression de la vessie supprimant la contrepression qui faisait équilibre, fera éclater les capillaires turgescents, provoquant ainsi une hémorragie « a vacuo ».

La tension intra-vésicale s'oppose de plus en plus fortement aux éjaculations de l'urine par les méats urétéraux. Les uretères soumis à un effort qui augmente avec la tension vésicale se fatiguent, leur péristaltisme diminue de vigueur et d'intensité. Ils seront forcés, distendus et aboutiront comme la vessie à l'atonie complète.

L'urine partiellement expulsée des uretères s'y accumule, puis elle suit un trajet rétrograde, atteint les bassinets et les remplit aussi. Les bassinets sont distendus à leur tour.

Finalement tout l'arbre urinaire est distendu par l'urine sous tension.

Dès ce moment cette pression retentira sur le parenchyme rénal. Les reins se congestionneront à leur tour et une plus grande excrétion aqueuse s'installera entraînant de la « polyurie ».

Un rétentionniste incomplet chronique avec distension urinaire facilement trois, quatre et même cinq litres d'urines claires par jour sans pour cela vider sa vessie.

Mais il s'agit là que d'une urine très claire et très faiblement concentrée. Le taux de l'urée urinaire est notamment très bas. Il peut même ne pas dépasser 2 grs par litre, ce qui malgré une élimination de 4 litres par exemple, ne donnera qu'un bilan de 8 grs. par 24 heures.

Ce chiffre très bas, d'excrétion de l'urée urinaire, est d'ailleurs fonction non seulement de l'insuffisance rénale par néphrite scléreuse, mais encore du faible apport de protides exogènes, ces malades ayant en général une nutrition défectueuse.

Cet appareil urinaire hypertendu et distendu est rempli par de l'urine stagnante, présentant un milieu presque « mort », donc un milieu de culture idéal. Tout germe trouvera là non seulement des conditions extrêmement favorables à sa pullulation mais vu l'absence de tout courant, une grande facilité pour remonter jusqu'aux reins. Cette grande facilité d'envahissement microbiens explique clairement les dangers d'infection que toute exploration instrumen-

tales ou sondage intempestif feront courir à ces malades. Cette notion avec celle des hémorragies « a vacuo », *est d'une importance capitale* pour le traitement des rétentionnistes incomplets chroniques distendus.

Nous avons déjà mentionné le phénomène de la desquamation de l'épithélium du revêtement vésical sous l'effet de la pression de l'urine. Nous voulons attirer l'attention sur l'importance de la desquamation de cette membrane isolante. La disparition de ce revêtement imperméable entraîne deux phénomènes anormaux :

— l'absorption de l'urine par les parois du réservoir.

— la possibilité de transsudation sanguine à travers ces parois.

L'absorption joue un rôle important dans l'intoxication urinaire de ces malades.

La transsudation de son côté est à l'origine des hémorragies « a vacuo ».

La stase de l'urine dans tout l'arbre urinaire, l'état congestif, la desquamation de l'épithélium de revêtement réalisent ainsi les meilleures conditions de réceptivité à l'infection.

CHAPITRE II

CLINIQUE

En clinique un « rétentionniste incomplet chronique avec distension » se présentera soit comme un urinaire, — se plaignant de pollakiurie, polyurie ou d'incontinence (fausse incontinence), — soit et cela est très fréquent, comme un dyspeptique accusant toute une série de troubles digestifs.

Un examen minutieux, un interrogatoire attentif, trancheront la question sans grande difficulté ; toutefois il est urgent que ce diagnostic soit posé correctement, car ce sont des malades graves, inconscients de la gravité de leur état, très fragiles et en équilibre instable. La responsabilité du médecin est fortement engagée.

Il ne faut pas oublier que quelle que soit la forme des troubles subjectifs de la rétention incomplète avec distension c'est toujours quand la distension est déjà ancienne et les ravages anatomiques très appréciables que de tels malades viendront consulter. Ils se trouvent sous l'influence prolongée d'une intoxi-

cation urinaire, à forme apyrétique et lente. L'insuffisance rénale est provoquée par la tension qui règne dans tout l'arbre urinaire et engendre une « néphrite scléreuse ».

Ces malades sont des candidats à l'infection. Les germes pullulent et se propagent avec une grande rapidité dans cette urine stagnante, véritable bouillon de culture. La fragilité de ces malades est donc en rapport direct avec leur grande réceptivité à l'invasion microbienne.

C'est donc à un stade déjà avancé que nous verrons le plus souvent ces malades. En effet la distension avec urines claires évolue à bas bruit, elle est insidieuse parce que indolore. L'absence d'infection, donc de cystite, permet à la vessie de subir cette distension insidieusement.

En l'absence de douleur et de température, seules d'une part la pollakiurie, d'abord diurne, puis nocturne et d'autre part la polyurie plus ou moins abondante, signaleront l'existence de la distension. Cette polyurie plus abondante la nuit que le jour va en augmentant et passe de 2 à 3, puis à 4 et même 5 litres d'urines claires, faiblement colorées, en 24 heures.

La pollakiurie en augmentant de fréquence aboutit généralement à la « fausse incontinence », qui est une incontinence par « regorgement ». Cette incontinence d'abord nocturne devient diurne. A ce stade l'urine s'écoule au fur et à mesure de son excrétion par les reins dans une vessie en réplétion continuelle. Le

sphincter vésical est forcé. Les mictions spontanées sont abolies et ces malades n'urineront plus jamais spontanément.

Toutefois tous les malades n'arrivent pas à ce stade d'incontinence par « regorgement » et peuvent rester maîtres de leurs mictions (G. Guyon) mais ils souffriront alors d'une pollakiurie particulièrement pénible à supporter.

Une pollakiurie modérée, une polyurie moyenne, n'inciteront jamais un malade à venir consulter, d'autant plus que l'opinion que ces « petits inconvénients » sont propres à un certain âge, fait supporter patiemment ces misères.

C'est l'incontinence qui amènera le plus souvent le malade chez le médecin. La pollakiurie était supportée, mais les souillures du lit et des vêtements sont une véritable infirmité qui le pousse à consulter.

Une autre fois ce sont les troubles digestifs qui amèneront le malade.

Ces dyspeptiques urinaires peuvent présenter :

de l'anorexie, de l'amaigrissement, des digestions difficiles, de la sécheresse de la bouche, de l'asthénie, un teint jaune, un dégoût intense des aliments, de la constipation, une soif prononcée, un état cachectique, rarement des vomissements.

Un interrogatoire minutieux de ces malades fera découvrir une pollakiurie et une polyurie à urines claires. Le diagnostic sera ainsi posé.

Donc trois symptômes pathognomoniques qu'il faudra toujours rechercher et qui se trouvent le plus souvent réunis :

- Pollakiurie.
- Polyurie.
- Troubles digestifs.

D'autre part, ces malades sont toujours des « insuffisants rénaux » et présentent une azotémie plus ou moins importante. Mais cette azotémie ne reflète pas toujours exactement le degré de l'atteinte rénale, c'est-à-dire l'altération anatomique des reins. Elle peut être sous la dépendance de la tension qui règne dans tout l'arbre urinaire. C'est alors une « insuffisance rénale paradoxale ». Une intervention appropriée dans ce cas, en faisant disparaître la tension, améliorera la fonction rénale et fera baisser notablement l'urée sanguine. Une chute de 2 à un gramme quelques jours après l'intervention est de constatation banale.

Le degré de la distension vésicale peut être plus ou moins grand. Cette distension sera évaluée d'après l'importance du résidu, mais surtout pratiquement par le palper hypogastrique. Nous pourrions ainsi reconnaître des « petites distensions » avec un résidu de 800 cm³ au plus et un globe vésical dépassant le pubis, de deux à trois travers de doigts, des « moyennes distensions », et des « grosses distensions » avec une capacité vésicale dépassant 2 litres et même davantage et un globe vésical qui atteint et même dépasse l'ombilic (jusqu'à 4 litres).

Mais c'est l'insuffisance rénale, compte tenu de l'état général du malade, — qui nous permettra de

reconnaître, schématiquement, *trois types* de distendus :

- 1) — distendus à *petite azotémie*, — ne dépassant pas 0 gr. 60 d'urée.
- 2) — distendus à *moyenne azotémie*, — entre 0 gr. 60 et 0 gr. 90 d'urée.
- 3) — distendus à *forte azotémie*, — au-dessus de 1 gr. d'urée.

Ce schéma nous laisse déjà prévoir qu'un seul et même traitement ne peut s'adresser à un distendu avec « faible azotémie » et, à un distendu avec « forte azotémie ». Ces malades étant manifestement de résistance et de fragilité inégales.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous ne ferons pas l'histoire des traitements dont les « rétentionnistes incomplets chroniques avec distension et urines claires » ont bénéficié dans le passé. Ces traitements ont été tous délaissés comme n'ayant à leur actif que des rares résultats favorables, exceptionnels pour ainsi dire et à leur passif de nombreux accidents.

Tout traitement d'un rétentionniste incomplet avec distension pose l'urgence de pratiquer le déblocage de la vessie surdistendue pour permettre aux reins de reprendre leur fonctionnement normal.

Ce déblocage peut n'être que le temps préparatoire d'une prostactomie ou être le traitement symptomatique d'une distension provoquée par un néoplasme inopérable. De toute façon, quel que soit l'obstacle mécanique qui a été la cause première de la distension, et quelle que soit la conduite ultérieure qu'on se proposerait de suivre, c'est toujours au déblocage vésical que nous demanderons l'amélioration

de l'état général de ces malades en moindre résistance et surtout la baisse du taux de l'urée sanguine ; l'azotémie étant l'expression mesurable de l'état fonctionnel des reins. Cette conduite nous est dictée par la surdistension vésicale qui est à l'origine de tous les troubles.

Le déblocage vésical peut être effectué par deux voies :

- voie basse, — trans-urétrale.
- voie haute, — sus-pubienne.

Quelle que soit la voie d'abord, une vidange trop brutale de la vessie peut provoquer deux accidents importants mais de gravités inégales :

- l'hémorragie « *à vacuo* ».
- l'infection urinaire.

ce dernier particulièrement grave et le plus souvent fatal chez ces malades fragiles.

L'éventualité de ces deux accidents nous pose le problème : par quelle voie passer de préférence ? Evidemment par celle qui réunira le plus de chances de sécurité vitale pour le malade.

Le cathétérisme simple et la cystostomie courante, débloquent trop brutalement la vessie distendue, tous les deux peuvent provoquer l'hémorragie « *a vacuo* ».

De plus, le cathétérisme est généralement l'agent habituel des infections si redoutables pour ces distendus à urines claires.

Malgré les nombreux avantages de la cystostomie, en particulier son innocuité au point de vue de l'infection, les hémorragies qu'elle peut provoquer n'autorisent guère son emploi.

Par contre, le cathétérisme a bénéficié d'une mise au point très heureuse et son emploi suivant une nouvelle technique excluait totalement tout danger d'hémorragies.

Nous voulons parler de la « sonde à demeure à débit ralenti » qui a trouvé un si grand essor ces dernières années sous l'influence des leçons du Professeur MARION.

La « sonde à débit ralenti » a réuni actuellement la faveur de la majorité des spécialistes des voies urinaires et on y fait appel sans distinction pour les distendus avec « petites », « moyennes » et « fortes » azotémies, et ceci malgré la différence manifeste qui existe entre ces malades au point de vue de la résistance générale et leur « sensibilité » à l'infection urinaire.

Les arguments en faveur de cette manière d'agir n'ont de valeur que si on oppose la « sonde à demeure à débit ralenti » à la cystostomie avec vidange brutale ; mais ils perdent toute leur force si l'on recourt à la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE », telle qu'elle a été préconisée par Ed. et L. MICHON.

La « Cystostomie Continente » s'adresse en effet plus spécialement aux distendus avec « forte » azotémie et à la grande majorité des distendus avec « moyenne » azotémie, c'est-à-dire précisément à

cette catégorie de distendus graves chez lesquels la « sonde à débit ralenti » comporte de gros risques d'infection.

La « Cystostomie Continente » réunit en effet au déblocage lent, progressif et continu, — propre à la « sonde à débit ralenti », — les avantages indiscutables de toute cystostomie.

Notre but n'est pas de vouloir remplacer la pratique de la « sonde à demeure à débit ralenti » par celle de « CYSTOSTOMIE CONTINENTE » dans toutes les formes de distension. Nous pensons bien au contraire, que ces deux techniques, loin de s'opposer se complètent harmonieusement si l'on accepte de bien limiter leurs indications respectives.

Nous proposerons donc le schéma suivant :

— la « sonde à demeure à débit ralenti » comme traitement pour tous les « petits » distendus ainsi que les distendus avec « petites azotémies » et à la rigueur quelques « moyennes azotémies » avec un état général particulièrement satisfaisant.

— la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE », sera réservée comme traitement de choix pour tous les autres distendus, — avec « fortes et moyennes azotémies ».

Qu'entend-t-on par « CYSTOSTOMIE CONTINENTE » ?

Il est évident que seul le passage par la voie haute peut donner une marge de sécurité suffisante contre l'infection. Cette voie déclanchant souvent par con-

tre une hémorragie par une trop brusque décompression vésicale, il s'agissait de trouver une technique opératoire qui saurait éviter cet accident.

Ed. et L. MICHON ont donné une solution très heureuse à ce problème, et nous ne pourrions mieux faire que d'emprunter aux auteurs de la « PRATIQUE UROLOGIQUE CHIRURGICALE » la description de leur technique opératoire de la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE » :

« *Anesthésie*, — locale à l'exclusion de toute autre anesthésie pour ces malades trop fragiles.

« *Technique opératoire* : — La vessie étant découverte et les fils de suspension étant placés on faufile dans la paroi vésicale une bourse de catgut, puis la vessie sera ponctionnée au bistouri au centre même de la bourse.

La sonde de Pezzer étant mise en place on serrera doucement la bourse de catgut sur la sonde. L'étanchéité sera toujours suffisante pour permettre une évacuation lente, — en plusieurs fois, — du contenu vésical ».

On peut, si l'on désire, faire cette évacuation goutte à goutte en munissant la sonde de Pezzer d'un petit compresseur à vis.

Cette technique permet d'éviter toute hémorragie, tout comme « la sonde à débit ralenti », et fait éviter au malade les chances d'infections toujours redoutables, dont la « sonde à demeure » peut être la cause.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Nous n'opposerons pas la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE » à la « sonde à demeure à débit ralenti », car nous estimons que chacune de ces deux méthodes a un domaine bien défini dans le traitement des distendus, domaine dont nous avons déjà tracé les limites respectives dans les chapitres précédents.

Toutefois nous allons faire rapidement un examen comparatif de ces deux méthodes, examen qui justifiera pleinement notre manière de voir :

Quel que soit le procédé employé, le but recherché sera toujours le même, à savoir : le déblocage de la vessie hypertendue par l'urine. Par ce déblocage de la vessie nous voulons obtenir une amélioration de l'état général du malade et rétablir si possible la fonction normale de son appareil rénal. Le seul critérium, d'une précision suffisante, que nous possédions sur l'état fonctionnel des reins, est le chiffre, toujours élevé chez ces malades, de l'urée sanguine.

La « Constante d'Ambard », ainsi que l'épreuve à la « sulfon-phénol-phtalein », de même que celle au « Bleu de Méthylène », sont inutilisables chez ces malades distendus avec résidu vésical, — leurs résultats étant par trop faussés.

a) C'est donc la chute de l'*azotémie* qui nous renseignera avec une précision suffisante sur l'effet plus ou moins favorable de chacune de ces deux méthodes. Nous constatons que *dans les deux procédés* la chute de l'*azotémie* est rapide et importante. Pourtant nos observations notent, en faveur de la « Cystostomie Continentale » une plus grande rapidité de chute de l'*azotémie*.

Cette constatation a un intérêt indéniable dans le traitement des distendus avec forte et même moyenne azotémie, tous sujets fortement intoxiqués et de faible résistance.

b) Nous savons qu'une vidange trop brutale d'une vessie hypertendue chez un distendu peut provoquer une *hémorragie « a vacuo »*. La « Cystostomie Continentale » ainsi que la « sonde à demeure à débit ralenti » agissant toutes les deux d'après le même principe de vidange lente et continue, *évitent toutes les deux ce danger*.

c) Au cours de notre travail nous avons particulièrement insisté sur la *grande sensibilité à l'infection de ces malades si fragiles*. Cette notion nous paraît être d'une importance capitale pour le choix de l'intervention à faire subir aux distendus à forte et même à moyenne azotémie. Eviter à ces malades le

risque d'infection est la première conduite à tenir et doit primer sur toutes autres considérations. Donc en présence de tels malades la « sonde à débit ralenti » est franchement contre-indiquée comme agent toujours possible, sinon probable, d'infection. Seule la « Cystostomie Continente » étant d'une technique pratiquement aseptique présente toutes les garanties contre ce redoutable accident.

d) Signalons encore les difficultés très réelles de surveillance en milieu hospitalier d'un malade avec une « sonde à demeure à débit ralenti ». Celle-ci en effet ne donnera son plein rendement qu'aux conditions que la sonde soit mise en place minutieusement et le débit bien réglé. Il faudra toujours craindre un mouvement intempestif de la part du malade qui peut ainsi dérégler, le fonctionnement de la sonde. Une surveillance constante, attentive et éclairée est indispensable, mais pas toujours facile à obtenir à l'hôpital. De plus « la sonde à débit ralenti » est d'un calibre notablement plus faible que celle de Pezzzer, employée dans la « Cystostomie Continente », donc les risques qu'elle se bouche sont d'autant plus grands.

e) Il est intéressant encore de mentionner une chute plus rapide de la polyurie et une reprise plus précoce de la diurèse normale, dans la « Cystostomie Continente » comparativement à la « sonde à demeure à débit ralenti ».

f) Terminons ce chapitre en précisant que nous ne sommes pas disposés à tenir compte de l'objection suivante, savoir :

« qu'il serait inopportun de pratiquer une « Cystostomie Continente » chez des malades qui ne pourraient ultérieurement subir la prostatectomie ».

Nous pensons, en effet, qu'il sera toujours temps ultérieurement de fermer la cystostomie ou de la laisser se fermer spontanément après résection endourétrale, si elle constitue pour le malade une infirmité trop gênante.

Personnellement, nous avons tendance à penser qu'un malade souffre moins d'une petite cystostomie bien continente que de sondages répétés deux ou trois fois par 24 heures. Mais on pourrait discuter à l'infini sur cette question et il est évidemment normal de tenir compte « dans une certaine mesure » des désirs du malade ; nous pensons cependant que dans les cas de distendus avec grande azotémie et même moyenne, les préférences doivent passer à l'arrière plan et ne doivent pas faire renoncer à une « Cystostomie continente », seule thérapeutique présentant toutes les garanties vitales pour ces malades.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous avons réuni 27 observations sur les « *Rétentionnistes incomplets chroniques avec distension et urines claires* », — toutes prises sur des malades traités par M. L. MICHON.

Nous avons classé ces malades en 2 groupes :

— un *I^o groupe* comprenant 12 observations avec « *forte azotémie* », et

— un *II^o groupe* comprenant 15 observations avec « *azotémie modérée* ». (moyenne et faible azotémie).

D'autre part, le *I^o groupe* est subdivisé en malades ayant été traités par la :

A) — « *CYSTOSTOMIE CONTINENTE* ».

B) — « *Sonde à débit ralenti suivie de la cystostomie à bref délai* », (c'est-à-dire *traitement mixte* »).

C) — « *Sonde à débit ralenti* ».

Le *II^o groupe* est divisé aussi en malades ayant été traités par la :

A) — « *Cystostomie continente* ».

B) — « *La sonde à débit ralenti* ».

Cette manière de grouper les observations nous permet non seulement de montrer les heureux résultats de la « *Cystostomie continente* » sur les rétentionnistes distendus quel que soit le taux de l'azotémie, — mais de faire aussi une étude comparative de la « *Cystostomie continente* » avec la « *sonde à débit ralenti* » dans leurs effets sur ces malades. Partant asseoir nos conclusions sur des données cliniques.

GROUPE I° :

Rétentionnistes avec forte azotémie

A) — Malades traités par la :

« CYSTOSTOMIE CONTINENTE ».

Observation 1. — BIG..., 68 ans. Rétention avec énorme distension par adénome prostatique. Très amaigri. Troubles digestifs : nausées et vomissements. *Urée sang.* : 2,87. Cystostomie continente d'urgence. Vingt-cinq jours après urée à 0,50 et le malade rentré chez lui. Subira prochainement la prostatectomie.

Observation 2. — BOD..., 68 ans. Rétention avec énorme distension par gros adénome prostatique. Le malade est infecté. Température 39° avec subdélire. *Urée sang.* : 1,94. Cystostomie continente d'urgence.

Chute progressive de température les jours suivants et parallèlement amélioration de l'état général. Prostatectomie un mois et demi après. Suites parfaites.

Observation 3. — MAR..., 75 ans. Rétention avec forte distension par adénome prostatique. Légère incontinence. *Urée sang.* : 1,24. Cystostomie continente d'urgence. Cinq jours après l'urée est à 0,89, — le vingt-cinquième à 0,64. Prostatectomie secondaire avec suites parfaites.

Observation 4. — FRAN..., 70 ans. Rétention avec forte distension par néo- prostatique. *Urée sang.* : 1,83. Cystostomie continente d'urgence. On vide près de 3 litres puis on ferme la sonde. Ouverture toutes les 2 h. de la sonde. Dix jours après l'intervention l'urée est à : 0,91. Le malade a gardé sa cystostomie définitive.

Observation 5. — JAR..., 77 ans. Rétention avec énorme distension par petit adénome. *Urée sang.* : 1,43. Cystostomie continente d'urgence. Evacuation de la vessie en 48 heures. Deux jours après l'intervention, amélioration notable de l'état général. L'urée tombe à : 1,18. Quand brusquement défaillance la nuit : infarctus du myocarde et le malade meurt en 24 heures.

Observation 6. — SAN..., Rétention avec énorme distension par gros adénome. Globe vésical à l'ombilic. Pas d'incontinence. Très mauvais état général. *Urée sang.* : 2,28. Cystostomie continente. Evacuation de la vessie progressive. Après légère ascension de

l'urée à 2,43, l'urée se stabilise à 1,28 environ. Malade très indocile au point de vue régime. Suivi pendant trois ans, puis perdu de vue par suite de la guerre.

Observation 7. — AUB..., Rétention avec distension par adénome prostatique. *Urée sang.* : 1,62. Cystostomie continente. Suites simples.

Observation 8. — ARN..., Rétention avec distension par adénome prostatique. *Urée sang.* : 1,45. Cystostomie continente. Chute de l'urée à 0,35, dès le huitième jour, mais réascension à 0,80 et 0,90, ce qui oblige de renoncer à faire la prostatectomie.

B) — Malades traités par :

« LA SONDE A DÉBIT RALENTI SUIVIE A TRÈS BREF DÉLAI DE CYSTOSTOMIE CONTINENTE » (traitement « mixte »).

Observation 9. — BEN..., 62 ans. Rétention avec énorme distension par adénome prostatique. Urine par regorgement. Troubles digestifs marqués. *Urée sang.* : 2,59. Mise en place d'une béquille molle en débit ralenti. Après trois jours de sonde à débit ralenti, cystostomie continente. Le douzième jour l'urée est à 0,33. Deux mois après l'intervention la prostatectomie est pratiquée avec des suites parfaites.

Observation 10. — Le PR... Rétention avec énorme distension. Très mauvais état général. *Urée sang.* : 3,07. Mise en place de la sonde à débit ralenti. Le

troisième jour, l'urée est à 2,15, mais l'état général n'étant pas satisfaisant malgré la chute de l'azotémie, on pratique la cystostomie continente. Deux jours après l'urée est déjà à 0,75.

Le malade est en attente de prostatectomie.

C) — Malades traités par :

« LA SONDE A DEMEURE A DÉBIT RALENTI ».

Observation 11. — AUL..., 58 ans. Rétention avec distension par adénome prostatique. Etat général ne paraissant pas particulièrement sérieux. *Urée* : 0,99. Mise en place de la sonde à débit ralenti. Pendant quatre jours le malade va très bien. Puis ascension brusque de la température et une azotémie croissante en liaison très certainement avec une pyélonéphrite sévère. L'urée sanguine monte à : 3,97. Mort.

Observation 12. — COG... Rétention avec distension. Enormes œdèmes. *Urée sang.* : 2,59. Mise en place d'une sonde à débit ralenti. Le quatrième jour l'urée est tombée à 1,10, les œdèmes sont très réduits. Apparition de phénomènes pulmonaires et mort rapide.

GROUPE II°.

Rétentionnistes avec azotémie modérée
(moyenne et faible azotémie)

A) Malades traités par la :

« CYSTOSTOMIE CONTINENTE ».

Observation 13. — BAI..., 60 ans. Rétention avec distension par adénome. Malade très fatigué. Forte pollakiurie diurne et incontinence nocturne. Cystostomie continente avec une *urée sang.* : 0,60.

Quitte la clinique le dixième jour. Prostatectomie trois mois après avec suites parfaites et une *urée* à : 0,25.

Observation 14. — De MON..., 73 ans. Rétention avec distension par adénome prostatique, et une légère infection. *Urée sanguine.* : 0,62. Cystostomie continente. Le dixième jour l'*urée* est à : 0,32. On pratique la prostatectomie le quinzième jour. Suites parfaites.

Observation 15. — GUE... Rétention avec distension par adénome prostatique. Très mauvais état général. Gros diabète. Torpeur. *Urée sang.* : 0,70. Cystostomie continente. Mort le quatrième jour dans le coma progressif.

Observation 16. — DEB..., 92 ans. Rétention avec distension. Mictions par regorgement. Azotémie modérée. Cystostomie continente. La malade se lève le cinquième jour et rentre chez lui le dixième.

Observation 17. — VIO..., 43 ans. Rétention avec distension par maladie du col. Incontinence nocturne. *Urée sang.* : modérée. Cystostomie continente. Au cinquième jour l'*urée* est à 0,40. Résection du col.

Observation 18. — LEC... Rétention avec distension. *Urée sang.* : 0,55. Cystostomie continente. Le malade sort le dixième jour. La résection secondaire est pratiquée.

Observation 19. — ROB... Rétention avec distension. *Urée sang.* : 0,48. Cystostomie continente. Suites parfaites. La résection secondaire est pratiquée. Résultat très incomplet par suite de troubles médullaires.

Observation 20. — LAM... Rétention avec distension très accentuée par adénome prostatique. *Urée* : 0,72. Cystostomie continente. Suites très simples. Le cinquième jour l'urée est déjà à : 0,49. Quarante jours après, on pratique la prostatectomie.

Observation 21. — CAL... Rétention avec distension. *Urée sang.* modérée. Cystostomie continente. Suites parfaites. Le malade sort le douzième jour. Trois mois après prostatectomie sans incident.

Observation 22. — COM... Rétention avec distension par petit adénome prostatique. *Urée sang.* : 0,51. Cystostomie continente. Les suites sont très simples. Destruction du col par électrocoagulation par voie de cystostomie.

Observation 23. — GA... Rétention avec distension. *Urée sang.* : 0,51. Cystostomie continente. Le malade sort le douzième jour. Deux mois après prostatectomie sans incident.

B) Malades traités par :

« LA SONDE A DEMEURE A DÉBIT RALENTI ».

Observation 24. — SOL..., 55 ans. Rétention avec distension par petit adénome prostatique. Evacuation progressive par sondages intermittents. *Urée* : 0,48. La rétention persistant après douze jours on décide de pratiquer la cystostomie continente. Les suites sont très simples et la prostatectomie est pratiquée ultérieurement sans incident.

Observation 25. — PIE... Rétention avec distension par adénome prostatique de moyen volume. *Urée sang.* : 0,64. Mise en place de la sonde à demeure à débit ralenti pendant deux jours. Quinze jours après prostatectomie. Les suites sont parfaites.

Observation 26. — GUI... Rétention avec très forte distension. Globe vésical au-dessus de l'ombilic. Bon état général. Petits troubles digestifs. Mise en place de la sonde à débit ralenti. Evacuation de 4 litres d'urines limpides en 19 heures. *Urée sang.* : 0,67 qui tombe le dixième jour à 0,35. Un mois après, la prostatectomie est pratiquée. Suites parfaites.

Observation 27. — GIL... B... Rétention avec très forte distension par adénome prostatique. Œdèmes énormes. *Urée sang* : 0,67. Mise en place de la sonde à débit ralenti. Huit jours après l'urée est tombée à 0,64. On pratique la cystostomie continente. Le troisième jour après la cystostomie, l'urée est à 0,81, mais le huitième elle est tombée à 0,54, et le vingtième jour elle est à 0,40. Le malade est en attente de la prostatectomie.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail nous avons insisté sur la fragilité et la grande réceptivité à l'invasion microbienne des distendus. D'autre part, nous avons montré que ces malades sont tous des « insuffisants rénaux », vrais ou paradoxaux, — avec un taux de l'urée sanguine plus ou moins fort.

Nous avons vu que cliniquement il est possible, avec une précision suffisante, de juger de l'état d'un distendu par le degré de son azotémie. Et nous avons schématiquement divisé les distendus avec *azotémie* : *forte*, *moyenne* et *faible*.

Cette manière de faire a une grande utilité pratique, car, tout compte tenu de l'état général du malade, elle nous permettra de poser notre indication thérapeutique avec plus d'autorité et plus en rapport avec la gravité de l'état du malade.

En présence donc, d'un « *rétentionniste incomplet chronique avec distension et urines claires* », — c'est

surtout l'importance de l'azotémie qui nous dictera la conduite thérapeutique à suivre.

A) Une « forte azotémie », et même la plupart des « moyennes azotémies », nous imposeront une conduite extrêmement stricte, car s'adressant à une catégorie de malades fortement intoxiqués, en équilibre instable et particulièrement fragiles.

C'est à la « CYSTOSTOMIE CONTINENTE » que nous auront *toujours* recours, — seule thérapeutique réunissant le plus grand nombre de chances vitales pour ces malades graves.

La « sonde à demeure à débit ralenti » doit être formellement rejetée pour cette catégorie de malades fragiles.

B) Par contre, en présence d'un « petit distendu » ou d'un distendu important mais avec une « faible azotémie » et à la rigueur et à condition d'un état général particulièrement satisfaisant, avec une « moyenne azotémie » c'est à la « sonde à demeure à débit ralenti » que nous ferons appel comme thérapeutique de choix pour ces malades suffisamment résistants.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

GAYET. — La cystostomie chez les prostatiques distendus. *27^e Congrès français d'urologie*, page 624. (Discussion par : MM. POSTEAU et RAFIN).

CHAUVIN. — Cystostomie d'emblée ou sonde à demeure préalable chez les prostatiques azotémiques. *30^e Congrès français d'urologie*, page 528. (Discussion par : MM. ORAISON, MARION, GÉRARD, BONNEAU, LE FUR, GRANDINEAU).

BONNEAU. — Evacuation lente de la vessie par drainage sus-pubien filiforme avant la cystostomie. *27^e Congrès français d'urologie*, page 248.

MARION. — La sonde à demeure à débit ralenti. *27^e Congrès français d'urologie*, page 253.

NORA. — Les distendus chroniques à vessie flasque. *33^e Congrès français d'urologie*, page 521.

L. MICHON et VINCENT. — Sonde à demeure à débit ralenti ou cystostomie d'emblée chez les rétentionnistes avec distension. *Sté Française d'urologie*. Séance du 17 février 1941.

PILLET. — Guide clinique d'urologie. (Ed. Maloine).

LEPOUTRE. — Chirurgie des voies urinaires. (Ed. Doin).

MARION. — Traité d'urologie. (Ed. Masson).

ED. et L. MICHON. — Pratique urologique chirurgicale.
(Ed. Doin).

VALLERY-RADOT. — Pathologie de l'appareil urinaire.
Ed. Masson).

JEANBRAU. — Pathologie Chirurgicale. Tome V. Pathologie urinaire. (Ed. Masson).

F. GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Tome I, leçon VIII.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
